Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363932

DE L'ANGINE TONSILLAIRE

INFLAMMATOIRE.

N° 20

19.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 21 FÉVRIER 1840,

PAR

J.-P.-Maximilien PINATELLE,

de Courpière (Puy-de-Dôme),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

M. DCCC. XL.

AUX MANES

DE MA MÈRE.

Regrets éternels!!!

A MON PÈRE.

O vous qui m'avez toujours comblé de soins et de tendresse, recevez aujourd'hui l'hommage de ma vive reconnaissance. Puissé-je, en retour de vos bienfaits, vous dédommager des nombreux sacrifices que vous a imposés mon éducation!

A MES FRÈRES ET SOEURS.

Amitié sans bornes.

A MES PARENTS ET AMIS.

Attachement sincère.

J.-P.-M. PINATELLE.

DE

L'ANGINE TONSILLAIRE

INFLAMMATOIRE.

DÉFINITION.

Les médecins de notre époque se servent, en général, du mot *angine* pour désigner l'inflammation de la partie supérieure des appareils respiratoire et digestif, jusqu'à l'origine des bronches, d'une part, jusqu'à la terminaison de l'œsophage, de l'autre. Ceux qui n'emploient pas cette dénomination ajoutent la terminaison *ite*, qui indique l'état inflammatoire, au nom de l'organe affecté. Mais l'angine avait autrefois une signification plus étendue : les Latins avaient fait de ce mot le synonyme du κυναγχη d'Hippocrate.

Le Père de la médecine entendait par là toute maladie occupant la gorge et présentant pour

symptôme principal une grande gêne de la respiration et de la déglutition. Cette définition comprend un nombre considérable d'états différents : en effet, une inflammation franche, une fluxion, un spasme, une paralysie, une tumeur des *fauces*, peuvent donner lieu aux phénomènes morbides que nous venons de mentionner ; aussi est-ce pour cette raison que nous avons voulu délimiter notre sujet et ajouter l'épithète *inflammatoire*.

L'angine inflammatoire peut occuper divers points, ainsi que nous venons de le dire : or, on nomme *tonsillaire*, celle dont le siége principal se trouve dans les amygdales, le voile du palais, ses piliers et la luette ; nous disons *principal*, car l'inflammation ne se borne pas ordinairement, d'une manière abrupte, à ces parties, et s'étend presque toujours, au contraire, un peu vers le pharynx.

DIVISIONS.

L'angine tonsillaire peut être essentielle ou symptomatique : elle est essentielle, lorsqu'elle constitue un état morbide existant indépendamment de tout autre ; symptomatique, quand elle se trouve sous la dépendance d'un état pathologique primitif. Sous l'influence de causes généralement répandues et agissant sur toute une population, on l'a vue revêtir souvent la forme épidémique. Nous allons

d'abord étudier l'angine en elle-même, dans sa révélation symptomatique; nous reviendrons plus tard sur les formes que lui impriment certaines modifications générales de l'être.

SYMPTOMES.

L'angine tonsillaire est ordinairement précédée par un ou plusieurs jours d'une fièvre, en général, peu violente. Des frissons erratiques alternant avec des sensations irrégulières de chaleur, de la céphalalgie, de l'inappétence, des pandiculations, constituent le plus souvent ses symptômes précurseurs. Puis, le malade éprouve dans le fond de la gorge une sensation de prurit, de picotement, de chaleur; quelquefois il perçoit une saveur particulière, se rapprochant de celle du sang ou d'un liquide légèrement salé. La partie la plus reculée de la voûte palatine est le siége de battements, de pulsations analogues à celles que déterminent les inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire; la bouche est sèche au commencement, et la soif assez vive. Il y a d'abord comme un embarras léger dans la déglutition, un sentiment de pesanteur et de gêne vers l'isthme du gosier, sentiment qui se change bientôt en douleur plus ou moins considérable. Si l'on examine la bouche à cette époque, qui est celle de l'invasion de la maladie, on voit que la luette,

les amygdales et le voile du palais sont légèrement tuméfiés, rouges et luisants, mais sans beaucoup d'exsudation muqueuse à leur surface; du reste, la tuméfaction et les autres caractères de la phlogose n'occupent pas constamment toutes ces parties à la fois, elles n'envahissent souvent qu'un seul côté. Ceci ne se passe pas sans qu'il se manifeste un état de réaction générale, caractérisé par de la chaleur à la peau et une certaine fréquence et dureté du pouls.

Avec l'augmentation de l'état inflammatoire surviennent des changements dans les symptômes locaux et généraux. La tuméfaction des parties augmente, mais leur sécheresse diminue ; elles se recouvrent d'un mucus épais, filant: ce mucus est surtout remarquable sur les amygdales. La sécrétion de la salive devient plus abondante que dans l'état normal. La déglutition des liquides est surtout difficile; c'est là du moins le résultat du plus grand nombre des observations. En effet, bien que Magendie prétende que les solides sont plus difficiles à avaler que les liquides, les physiologistes sont loin de se trouver d'accord avec lui. Les solides, composés de molécules assez bien agrégées, qui réagissent les unes sur les autres, n'éludent pas l'action des muscles de l'isthme du gosier, comme les liquides, dont les molécules glissent incessamment

et échappent à leurs contractions. La respiration est quelquefois pénible, et ceci annonce une extension de la turgescence inflammatoire vers le pharynx et l'orifice supérieur du larynx. Au plus haut degré d'acuité, la déglutition et l'acte respiratoire s'exécutent avec tant de peine, que l'on a tiré le nom de la maladie de cet état d'angoisse, de cette imminence de suffocation.

La voix est nasonnée; elle s'accompagne d'un retentissement particulier que nous regardons comme le résultat d'une sorte d'écho qu'elle éprouve dans les parties de l'arrière-gorge, dont le gonflement obstrue les issues aux ondes sonores. Il y a quelquefois une violente douleur dans l'intérieur des deux oreilles ou de l'une d'elles seulement; cette douleur peut s'accompagner de bruits perçus par le malade, de sifflements, de bourdonnements; une otite succède dans certains cas : tous ces phénomènes trouvent leur explication dans l'extension de la maladie à l'appareil auditif par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Des mouvements continuels et inutiles de déglutition, des envies de vomir, des nausées pénibles, résultent du prolongement de la luette, qui vient titiller la base de la langue. Ces mouvements de déglutition sont très-douloureux, ainsi que tous ceux dans lesquels se trouvent mis en jeu les muscles de l'isthme du gosier; aussi, lorsque la

sécrétion de la salive est fort abondante, la voit-on s'écouler, par son propre poids, entre les lèvres du malade, que les efforts d'expuition fatiguent presque autant que ceux de déglutition. Dans tous les cas où ils cherchent à accomplir ces actes, les sujets affectés se servent aussi peu que possible des muscles dont l'inflammation a envahi la membrane muqueuse de revêtement : ainsi, on les voit introduire dans leur bouche les liquides, de manière à les faire arriver avec peu d'effort dans le pharynx, pencher la tête en arrière, tendre le cou et leur former ainsi un plan incliné ; pour cracher, au contraire, ils inclinent fortement la tête en avant et fléchissent le cou sur la poitrine. L'action de se moucher, souvent nécessitée par une complication fréquente de coryza, ou seulement par une sécrétion un peu plus abondante qu'à l'ordinaire de la membrane muqueuse pituitaire, devient encore une des causes de souffrance du malade ; ses douleurs s'aggravent considérablement, dans certains cas, par une toux sèche résultant de la propagation de l'irritation vers le larynx. Dans plusieurs circonstances, les liquides, déjà parvenus dans la cavité pharyngienne, refluent vers les narines, par la contraction spasmodique des muscles du pharynx. Chez quelques malades, la membrane muqueuse du nez est si tuméfiée, à l'orifice postérieur des fosses nasales, qu'ils ne

peuvent respirer que par la bouche ; ils sont obligés de la tenir ouverte, ce qui occasionne un desséchement continuel de sa surface, augmente l'inflammation et détermine une soif continue qu'ils ne peuvent satisfaire qu'en augmentant leurs souffrances.

La face est souvent gonflée et rouge à ce degré de la phlogose amygdalo-palatine; les yeux sont brillants, injectés, douloureux; on rencontre sur les parties latérales de la base de la mâchoire une tumeur correspondant au siége de la glande sous-maxillaire : cette tumeur résulte, soit du gonflement de cette glande elle-même, soit de son refoulement en bas par les parties phlogosées et tuméfiées de l'intérieur de la gorge. La pression à ce niveau augmente constamment les douleurs. Si l'on porte ses recherches dans la cavité buccale, on voit d'abord que les parties qui forment l'isthme du gosier ne laissent pas entre elles et la base de la langue l'intervalle ordinaire; celle-ci, que l'on abaisse avec difficulté en raison des contractions spasmodiques que la douleur fait exécuter, laisse apercevoir les phénomènes suivants : toutes les parties sont rouges, turgescentes, recouvertes d'un mucus fortement adhérent et concrété au niveau des amygdales; ces organes glandulaires dépassent de beaucoup le bord interne des piliers du voile du palais ; ils arrivent quelquefois jusqu'au contact sur la ligne médiane ;

le pilier antérieur est refoulé en avant et en dehors ; quelquefois les diverses portions de la membrane muqueuse sont parsemées d'aphthes ou même d'ulcérations ; le fond du pharynx, quand il peut être aperçu, présente aussi d'ordinaire des traces de phlogose ; la luette est volumineuse, prolongée, quelquefois infiltrée de sérosité à son extrémité inférieure ; l'haleine présente prseque constamment une odeur désagréable, quelquefois une fétidité repoussante.

A ce summum de l'inflammation, la fièvre est ordinairement intense ; le pouls large, fréquent et résistant ; la peau est chaude, mais ordinairement sèche ; la soif est très-vive ; la céphalalgie a considérablement augmenté ; quelquefois même il y a du délire. La difficulté de la respiration détermine le gonflement des veines jugulaires ; et au degré le plus élevé, rare, il est vrai, dans l'angine tonsillaire franchement inflammatoire, il y a œdème de la face et assoupissement comateux.

Le plus souvent, comme nous le verrons en étudiant la marche et les terminaisons de la maladie, l'angine tonsillaire n'arrive pas aux périodes extrêmes que nous avons signalées. Lorsqu'elle a été vive néanmoins, il lui arrive fréquemment de passer à l'état chronique ; alors les symptômes de phlogose et de douleur diminuent graduellement et finissent

par disparaître ; la tuméfaction n'est point si prompte à s'en aller, elle persiste fort long-temps, et en général d'une manière indéfinie ; il reste après, pendant une durée variable, une gêne de moins en moins grande dans la déglutition, s'accompagnant quelquefois d'un sentiment de constriction à la gorge, de besoins multipliés d'avaler. Les parties ont perdu leur rougeur ; elles ne se recouvrent plus de mucus, si ce n'est dans les excavations de la surface extérieure de l'amygdale où la présence de concrétions sébacées en a imposé pour des ulcérations. Mais l'amygdale dépasse encore les piliers du voile du palais, et revient rarement à son état de volume primitif.

MARCHE ET TERMINAISONS.

La résolution, qui consiste dans la diminution et la disparition progressive des symptômes, est une des plus fréquentes terminaisons de la maladie ; cependant elle est loin d'être toujours complète. La résolution complète s'observe dans la forme catarrhale ou érysipélateuse de l'angine : cette forme n'affecte que la surface de la membrane muqueuse, et s'étend en général fort peu dans le tissu propre de l'amygdale. La résolution s'accompagne quelquefois d'un flux vers les parties inférieures : ainsi, l'urine devient alors rouge dans certains cas, et

dépose un sédiment briqueté d'abord, puis jaunâtre; d'autres fois, il y a quelques évacuations alvines liquides, un peu plus abondantes et un peu plus fréquentes que de coutume : ceci se remarque surtout lorsque l'inflammation tonsillo-palatine dépend d'un état morbide des premières voies.

Dans cette espèce catarrhale ou érysipélateuse, on voit quelquefois l'angine disparaître brusquement par délitescence : cette terminaison est mauvaise, si elle ne coïncide pas avec une diminution notable des symptômes généraux. On peut craindre, en effet, une métastase sur un organe important : on l'observe dans les cas où la maladie est symptomatique d'un exanthème fébrile; cependant il est des cas où la métastase s'opère de l'intérieur à l'extérieur, et la fluxion se porte sur les glandes parotides ou sous-maxillaires, sur les muscles et le tissu cellulaire du cou, ce qui constitue le παρασυναγχη des anciens ou angine externe de P. Frank.

La suppuration succède quelquefois à l'inflammation de l'isthme du gosier. Lorsque cette terminaison doit avoir lieu, le malade éprouve des frissons dans le dos et dans la région des lombes; la céphalalgie et l'anxiété augmentent un peu; puis, des pulsations ressenties dans la gorge; une chaleur moins âcre de cette partie, le changement de la douleur, qui devient gravative, annoncent que le

pus est formé. Alors les organes malades offrent, dans certains points, une couleur jaunâtre ; le doigt porté sur ces points y constate une fluctuation plus ou moins étendue. Si l'on abandonne l'abcès aux forces de la nature, il s'ouvre de lui-même, et le malade crache du pus, quelquefois en grande quantité ; ce qui change entièrement son état et lui procure beaucoup de soulagement. Les tissus qui ont été le siége de la collection purulente, s'affaissent, reviennent sur eux-mêmes, et lorsque l'ouverture a été large, ses pourtours sont d'ordinaire un peu frangés; pendant quelques jours, on trouve encore quelques stries de pus dans la salive et les crachats.

La terminaison la plus ordinaire, lorsque la phlogose a été forte, profonde, et que sa durée a été prolongée, c'est l'induration; car alors le tissu propre de l'amygdale a été affecté dans la plus grande partie ou même dans toute son étendue. Cette terminaison se reconnaît à la cessation des symptômes, soit locaux, soit généraux, avec persistance plus ou moins complète de l'engorgement; la glande est dure, mais non douloureuse. L'induration expose à des rechutes fréquentes à la moindre occasion ; elle peut, si l'amygdale conserve un fort volume, porter un peu obstacle à la déglutition et déterminer une dureté de l'ouïe, d'une intensité variable. Si Joseph Frank a fait entrer dans la définition de la

fièvre intermittente la facilité des récidives comme un des caractères de cette affection, on pourrait certainement en dire autant de l'amygdalite dans beaucoup de cas. Du reste, ce n'est pas seulement dans la glande amygdale que l'on rencontre cette disposition à s'engorger de temps en temps, lorsqu'une fois elle a été le siége de l'inflammation; le testicule, le sein et d'autres organes glandulaires nous offrent la même particularité.

Lorsque l'angine tonsillaire est franchement et simplement inflammatoire, elle ne conduit guère à la gangrène; ce n'est pas d'ordinaire à l'excès de la phlogose que cette terminaison doit son origine, mais bien à un état général de l'économie qui joue le rôle de cause productrice de l'angine ou de complication. Toutefois, quelle que soit la circonstance qui détermine la mortification, le cas est de la plus haute gravité. Les tissus malades deviennent alors livides, grisâtres; ils exhalent une odeur des plus fétides; ils se détruisent, et laissent se séparer des prolongements pulpeux, mollasses, des lambeaux irréguliers et où l'on reconnaît à peine les vestiges de la texture primitive. L'érosion fait des progrès considérables; les muscles de la joue, la base de la langue, le larynx, le pharynx, sont rapidement envahis; les forces sont anéanties; la peau est froide, le pouls faible, petit et fréquent, et la mort termine promptement la scène morbide.

DIAGNOSTIC ET DIFFÉRENCES DE L'ANGINE
SUIVANT SES ESPÈCES.

En nous servant du mot *angine tonsillaire inflammatoire*, nous n'avons pas voulu nous occuper seulement de l'angine qui résulte d'une fièvre inflammatoire, ou de l'angine qui n'est liée à aucune cause générale, qui est essentielle, l'angine traumatique par exemple ; notre intention a été d'étudier l'inflammation des amygdales et du voile du palais, qu'elle soit primitive ou symptomatique d'un état général quelconque, pourvu qu'elle nous offre la condition de phlogose locale. Nous n'avons ajouté ce mot *inflammatoire*, que pour distinguer la maladie que nous étudions, des autres altérations pathologiques qui gênent la déglutition et la respiration, une affection spasmodique par exemple. Ce que nous avons dit jusqu'à présent ne se rattache guère qu'à la maladie locale ; nous avons maintenant à parcourir, en peu de mots, les différences qui résultent d'une affection générale tenant sous sa dépendance l'inflammation.

L'inflammation amygdalo-palatine est souvent le résultat d'une fluxion déterminée par un état morbide du tube digestif, et plus spécialement de l'estomac ou des prèmières voies. L'affection de ces parties qui y donne le plus fréquemment lieu, est

l'affection bilieuse ou fièvre bilieuse. Dans ce cas, il y a des nausées, un sentiment de pesanteur ou une légère douleur à l'épigastre, de la constipation, de la céphalalgie sus-orbitaire; la peau est quelquefois un peu sèche, la soif est vive, la bouche est amère, pâteuse; il y a anorexie complète; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, d'abord fort adhérent et fendillé vers sa base; il survient parfois des selles bilieuses vers la fin de la maladie.

L'angine tonsillaire se rattache dans beaucoup de cas à un état de catarrhe: elle s'accompagne alors de coryza, de sécrétion abondante et fort liquide, comme séreuse de la membrane qui revêt la bouche et l'arrière-gorge; il y a brisement des membres; la peau est moins sèche que dans le cas précédent, elle est même quelquefois moite, ce qui est un fort bon signe.

Les fièvres éruptives présentent aussi très-fréquemment un état inflammatoire de l'isthme du gosier: c'est surtout dans la scarlatine qu'on le voit porté à un haut degré, à tel point que plusieurs auteurs ont désigné une forme de cette maladie sous le nom de *scarlatine angineuse*.

Le mal de gorge se présente aussi comme symptôme de causes locales, telles qu'une dent cariée, une tumeur de nature variée ayant son siége aux environs de l'isthme du gosier.

Les angines nerveuses ou les spasmes pharyngo-palatins se distinguent de l'inflammation de l'isthme du gosier, en ce que leur durée est ordinairement peu considérable, leur type souvent intermittent, qu'elles ne s'accompagnent pas de changement de couleur des parties, ne donnent lieu à aucune réaction fébrile, se développent chez des personnes très-irritables, et sont quelquefois symptomatiques de l'hystérie, de l'hypochondrie nerveuse, etc.

Nous avons à dire un mot pour distinguer l'angine gangréneuse, telle que l'ont observée Fothergill, Huxham, etc., de la terminaison par gangrène de l'angine inflammatoire. Au début de l'angine gangréneuse, le frisson fébrile est très-violent; les puissances de la vie sont rapidement abattues; la couleur des parties n'est jamais celle de l'inflammation franche; la gangrène survient bientôt, c'est-à-dire avant l'époque où l'inflammation aurait pu être portée à un assez haut degré pour déterminer la mortification. L'angine gangréneuse, le plus souvent épidémique, affecte des individus faibles, lymphatiques, des femmes, des enfants surtout.

CAUSES.

Ce sont surtout les diverses circonstances qui déterminent la suppression de la transpiration cutanée, qui deviennent causes de l'angine inflamma-

toire : ainsi, tous les auteurs ont signalé l'action d'un vent froid, d'une température basse après un exercice violent, un bain de rivière pris lorsqu'on était en sueur, les courses à cheval dans une atmosphère agitée et contre la direction du vent. Certains refroidissements produisent très-facilement le mal de gorge ; ce sont surtout les refroidissements des parties voisines de l'isthme du gosier ou des organes qui le constituent : ainsi, la déglutition d'une boisson très-froide, l'exposition du cou à un abaissement subit de température, ont une grande influence dans la production de cette maladie. Il y a aussi des régions du corps qui paraissent sympathiser étroitement avec le voile du palais et les amygdales, ce sont surtout la plante des pieds et la région de la nuque ; aussi voit-on souvent l'angine tonsillaire succéder à l'abaissement de température de ces parties.

L'humidité, soit des pieds, soit de tout le corps, l'action d'une atmosphère brumeuse, doivent être comptées au nombre des causes ; il en est de même de certains actes qui entraînent un travail prolongé ou violent de la part des organes de l'arrière-bouche : tels sont les efforts de voix, les cris, les chants, le jeu des instruments à vent. L'angine se développe aussi par l'application de stimulus sur la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx ;

elle résulte quelquefois de l'ingestion d'aliments épicés, de l'abus des liqueurs alcooliques, de boissons fermentées, de la fumée du tabac, de l'emploi de certains médicaments âcres et irritants.

La carie d'une grosse molaire, l'éruption difficile de la dent de sagesse, la carie des os palatins, sont tout autant de circonstances qui peuvent présider à la manifestation de cette phlegmasie; il en est de même des corps étrangers qui s'implantent quelquefois dans le voile du palais, les amygdales et les parties environnantes, des arètes de poisson par exemple. Une tumeur du pharynx entretient, dans certains cas, un état de congestion habituel vers l'isthme du gosier, et occasionne une inflammation chronique.

L'inflammation de la bouche, l'inflammation de l'œsophage et du pharynx, celle du larynx et de la trachée, ainsi que Frank l'a fait remarquer, s'irradient souvent par continuité de la membrane muqueuse, et donnent lieu à l'angine tonsillaire.

Elle est très-souvent, surtout dans les pays chauds, le résultat d'un état bilieux ou saburral de l'estomac, et présente alors certains caractères dont nous avons déjà parlé. Comme toutes les inflammations, elle se développe fréquemment après la cessation de certains écoulements, soit normaux, soit pathologiques, mais habituels. C'est ainsi qu'on

la voit succéder à la suppression des menstrues, des hémorrhoïdes, des épistaxis, à la dessiccation d'un exutoire ancien, d'un ulcère qui existe depuis long-temps ; la disparition d'une dartre, d'un exanthème chronique, paraît aussi quelquefois la cause de son développement.

La syphilis la détermine fréquemment, et le plus souvent alors l'angine présente le caractère ulcéreux ; mais nous n'avons pas à nous occuper de cette variété.

Nous ne devons pas oublier de mentionner une des circonstances les plus favorables à la manifestation de l'angine tonsillaire : c'est l'existence d'angines antérieures. Presque toujours l'inflammation des amygdales laisse dans leur épaisseur un noyau d'induration, qui devient une cause incessante de phlegmasies nouvelles à la moindre occasion. Chaque récidive augmente l'induration et le volume de la glande, et c'est ainsi que peu à peu elles acquièrent une tuméfaction chronique énorme, qui peut gêner considérablement la déglutition, même hors le temps où les tonsilles sont enflammées.

PRONOSTIC.

Le pronostic varie selon une foule de circonstances. Dans l'angine inflammatoire il est en général peu grave ; cependant nous avons vu que la

violence de l'inflammation pouvait déterminer la gangrène, et si la perte des amygdales n'est pas d'une haute importance, on ne peut pas en dire autant de la destruction d'une partie étendue du voile du palais; d'ailleurs, dans la terminaison par gangrène, l'absorption du détritus organique peut donner lieu à des phénomènes d'altération du sang. Ce n'est pas ordinairement dans l'angine franchement inflammatoire que l'engorgement est porté au point d'amener la suffocation : toutefois cet accident peut arriver chez les enfants en bas âge ; chez eux aussi, la déglutition devenue très-difficile ou même impossible, il peut en résulter les accidents qu'occasionne une suspension trop prolongée de l'alimentation. Il faut encore tenir compte, dans le pronostic, de l'espèce de fièvre qui tient l'angine sous sa dépendance; il faut envisager les complications et baser son jugement sur leur plus ou moins de gravité. L'angine, qui est plus fréquente chez les individus sanguins et chez les adultes que chez les sujets d'un autre tempérament et d'un autre âge, s'y guérit aussi plus facilement que chez les lymphatiques et les enfants; celle qui accompagne certaines fièvres éruptives, la scarlatine par exemple, présente moins d'innocuité, et tous les efforts du médecin doivent tendre à l'arrêter de bonne heure.

TRAITEMENT.

Nous suivrons ici la même marche que celle que nous avons adoptée dans l'examen des symptômes : nous tracerons d'abord le traitement de l'angine tonsillaire idiopathique exempte de toute complication, et nous signalerons en même temps les modifications que doivent exiger les diverses terminaisons. Quant aux états morbides qui tiennent l'angine sous leur dépendance, nous n'avons pas à nous en occuper.

Lorsque la maladie est à sa période d'invasion et qu'elle n'a encore acquis qu'un faible degré d'intensité, le repos, la diète et la provocation de la sueur suffisent souvent pour arrêter sa marche : beaucoup d'angines tonsillaires disparaissent ainsi les premiers jours, par l'administration des infusions chaudes de tilleul, de sureau, de coquelicot. Ce mode de traitement est surtout indiqué, lorsque l'inflammation des amygdales reconnaît pour cause une suppression de la transpiration cutanée.

Mais si la phlegmasie est assez forte, si elle date depuis plusieurs jours, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques : les anti-phlogistiques et les révulsifs légers trouvent alors leur application. Si le sujet est robuste, s'il y a une réaction fébrile

assez intense, il est bon de commencer par une saignée générale, que, dans certains cas, il faut même répéter, si la fièvre ne tombe pas et s'il n'y a que peu d'amendement dans les symptômes locaux. On saigne ordinairement au bras dans l'angine tonsillaire ; cependant lorsqu'elle est due à la disparition des menstrues, la saignée du pied nous paraît indiquée de préférence, comme pouvant déterminer une attraction vers les parties inférieures. Après la saignée générale, ou même de prime-abord, lorsque l'inflammation est peu active, on applique des sangsues à la région du cou ; on cherche d'ordinaire à les rapprocher autant que possible des amygdales, et pour cela on les place au niveau des angles de la mâchoire. Quand la cessation du flux hémorrhoïdal paraît avoir déterminé la maladie, l'application des sangsues au pourtour de l'anus peut avoir de fort bons effets ; on seconde ces moyens par des boissons et des fumigations émollientes, diaphorétiques, par l'application de cataplasmes autour du cou, par l'administration de gargarismes adoucissants faits avec des décoctions de guimauve simple ou coupée avec du lait, celles de graines de lin, l'eau d'orge miellée, etc. Lorsqu'il y a des ulcérations, il est quelquefois avantageux de les oindre au moyen d'un pinceau avec du miel rosat ou du mucilage de graines de coing : ceci est surtout important pour

les enfants très-jeunes, chez lesquels les gargarismes sont inapplicables.

Lorsque les symptômes actifs de phlogose ont diminué, on accorde au malade des aliments mous et légers, et c'est alors que les révulsifs deviennent réellement utiles. Ceux que l'on emploie le plus souvent, dans ce cas, sont les pédiluves très-chauds, simples ou sinapisés; on n'administre guère les purgatifs dans les cas simples, si ce n'est vers la fin de la maladie et pour hâter la résolution.

Le vésicatoire à la partie antérieure du cou est suivi de bons effets dans l'angine catarrhale et dans celle qui dépend d'une fièvre éruptive, surtout lorsqu'on a à craindre une métastase.

La tendance à la suppuration doit être combattue en insistant de nouveau sur les émissions sanguines, et en faisant des révulsions sur le tube gastro-intestinal. Mais si, malgré ces médications, il se forme un abcès, soit dans le voile du palais, soit dans les amygdales, on doit l'ouvrir lorsque la fluctuation y devient manifeste : on se servait autrefois du pharyngotome; on se contente aujourd'hui d'un bistouri, dont on enveloppe la lame d'une bandelette de linge jusque près de sa pointe. Comme l'inflammation est ordinairement peu énergique après que l'abcès a été ouvert ou s'est vidé de lui-même, on remplace alors les gargarismes émollients par des astringents légers.

On se sert encore des gargarismes astringents avec la décoction de roses rouges, le sirop de mûres et le miel rosat, la dissolution d'alun cristallisé, lorsque des ulcérations rebelles et sans beaucoup de phlogose succèdent à l'angine tonsillaire; on use même alors quelquefois des caustiques. C'est ainsi qu'on touche ces ulcérations avec le collyre de Lanfranc, le nitrate d'argent, l'alun calciné, etc. Les purgatifs conviennent encore alors, et les révulsifs doivent être plus énergiques : le vésicatoire, le séton à la nuque peuvent être mis en usage dans ces cas.

Dans la terminaison par gangrène, résultat d'un excès d'inflammation, on doit, au début de cette funeste issue, essayer de borner par des anti-phlogistiques locaux la mortification, qui peut compromettre des organes de la plus haute importance pour l'harmonie générale. Mais si le mal continue de faire des progrès, ou s'il est définitivement borné et entouré du cercle inflammatoire caractéristique, les gargarismes acidulés, légèrement toniques, avec le tannin, la décoction de quinquina, se trouvent indiqués. Le gargarisme avec le charbon animal, ou même le charbon de substances végétales, est un moyen que l'on ne doit point négliger; il est détersif, et neutralise la fétidité des matières contenues dans l'isthme du gosier. Ce gargarisme peut trouver

sa place ailleurs que dans le cas de gangrène : ainsi, lorsque l'angine tonsillaire s'accompagne d'une sécrétion abondante, d'une odeur repoussante et comme putride, il est administré avec avantage.

Lorsque plusieurs angines se sont succédé; que les amygdales, profondément affectées dans leur épaisseur, ont été le siége de congestions fréquemment répétées, elles gênent, avons-nous dit, l'acte de la déglutition, l'émission de la voix, et quelquefois même la fonction respiratoire. Sans être douloureuses, elles deviennent fortement incommodes dans l'état le plus ordinaire, et de plus, à des intervalles rapprochés, elles s'enflamment sous l'influence de la moindre cause. Il reste, pour en finir avec cette gêne, une petite opération chirurgicale; car désormais les anti-phlogistiques, les astringents et les révulsifs deviennent totalement inutiles. Le tissu de la glande est dur, comme lardacé; il crie sous le scalpel, et son engorgement chronique n'est pas susceptible de résolution.

De quatre moyens que l'on a employés tour à tour contre cette induration, la cautérisation potentielle, la cautérisation actuelle, la ligature et la rescision, il n'en reste plus qu'un dans la science et c'est le dernier.

Les caustiques ont la plupart, et spécialement la potasse, le grave inconvénient de ne point borner

toujours leur action à la partie que l'on veut convertir en escarre ; quelques portions peuvent se porter jusque sur le larynx ou dans le tube digestif, et devenir la cause des accidents les plus graves : leur application est douloureuse, leur action lente.

Le fer rouge demande beaucoup de précaution pour être porté dans un lieu où il est impossible de manœuvrer avec aisance ; il effraie considérablement les malades, appelle une fluxion vive vers les organes voisins : la chute de l'escarre se fait long-temps attendre, et la guérison se prolonge sans avantage réel.

Quant à la ligature, c'est une méthode très-difficile à exécuter et très-défectueuse sous tous les rapports. La présence d'un serre-nœud est de la plus grande incommodité pour le malade ; la portion de l'amygdale comprise dans l'anse se tuméfie considérablement, et peut menacer le sujet de suffocation. Moscati, dans un cas où il l'avait mise en usage, se vit forcé d'en venir néanmoins à la rescision. Heister, qui blâme ce procédé, dit qu'il ne l'emploierait que dans les cas où l'amygdale serait pédiculée et lorsque le malade ne voudrait se soumettre à aucun autre mode de traitement.

Reste donc la rescision ; car on ne coupe pas toute l'amygdale, mais seulement la portion qui dépasse les piliers du voile du palais.

Le malade est assis sur une chaise, la tête renversée sur la poitrine d'un aide qui la fixe en joignant ses mains sur le front du sujet ; il est placé de manière à ce que la lumière tombe directement dans la cavité orale; la bouche est maintenue ouverte par l'interposition de bouchons de liège entre les grosses molaires. La langue abaissée au moyen d'une spatule, le chirurgien saisit l'amygdale avec une pince de Muzeux recourbée à son extrémité, l'attire vers l'isthme du gosier, de la main gauche s'il opère l'amygdale gauche, de la main droite s'il opère l'amygdale droite ; puis, de la main restée libre, il coupe de haut en bas avec un bistouri boutonné assez long, concave sur son tranchant. Boyer conseille de commencer la rescision de haut en bas et de la terminer de bas en haut, afin de ne léser ni le voile du palais ni la base de la langue : tout ceci est subordonné à des conditions particulières. Lorsque l'amygdale, saisie au moyen de la pince-érigne, s'isole parfaitement des parties voisines par la traction, on peut faire la rescision d'un seul coup ; mais lorsque la partie inférieure reste cachée entre la partie inférieure des piliers du voile du palais, il est nécessaire, après avoir porté l'instrument de haut en bas, de le reporter de bas en haut.

Nous ne nous étendrons point sur le procédé de

Moscati, qui fendait d'abord l'amygdale en quatre et emportait plus tard chacun des tubercules résultant de cette section; nous passerons sous silence des instruments tombés dans l'oubli; mais nous dirons un mot de celui que vient de faire construire récemment M. Ricord. Il se compose de deux tiges droites, qui glissent l'une sur l'autre comme celles du lithotriteur de Heurteloup. La branche inférieure ou femelle porte une gouttière sur sa face supérieure, deux anneaux à son extrémité externe et un double crochet recourbé de manière à être convexe du côté du pharynx et concave du côté du chirurgien, lorsque l'instrument est dans la bouche. La branche supérieure ou mâle, arrondie, offre un anneau à son extrémité externe et deux pointes droites dirigées vers le crochet de la branche femelle à son autre extrémité. L'amygdale est saisie entre ces quatre pointes; mais l'instrument étant droit gêne la main qui tient le bistouri et la manœuvre du chirurgien.

Lorsque la luette est passée à l'état d'engorgement chronique; qu'elle se prolonge sur la base de la langue et détermine de fréquentes nausées, de continuels besoins de déglutition, il faut aussi l'exciser: pour cela, le malade placé comme précédemment, on saisit la luette avec la pince-érigne, et on en emporte une portion avec des ciseaux courbes.

Les concrétions calculeuses qui se forment quelquefois dans les amygdales, nécessitent une incision que l'on pratique comme l'ouverture des abcès de ces glandes et par laquelle on les fait sortir.

Après toutes ces opérations, il survient un écoulement de sang plus ou moins abondant, dont on se rend facilement maître en faisant gargariser le malade avec de l'eau fortement vinaigrée. On prescrit ensuite des gargarismes émollients, puis astringents, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Tracer les caractères généraux des plantes dicotylédonées.

Les principaux caractères qui distinguent le végétal dicotylédoné d'avec le végétal monocotylédoné, se trouvent dans la tige : nous prendrons pour exemple un végétal dicotylédoné arrivé à un haut degré de développement.

Sa tige se développera en branches, rameaux et ramuscules ; procédant de la circonférence au centre, nous y rencontrerons diverses couches superposées avec régularité.

1° Une lame mince, membraneuse, poreuse, forme l'enveloppe la plus extérieure : c'est l'épiderme.

2° Au-dessous un tissu cellulaire, verdâtre, dans lequel se passent les principaux phénomènes de la respiration des plantes : c'est l'enveloppe herbacée.

3° Des couches cellulo-vasculaires superposées, dont les plus extérieures portent le nom de couches *corticales* et les plus profondes celui de *liber*.

4° L'aubier ou faux bois, qui se distingue du bois parfait en ce qu'il n'offre pas une densité et une coloration aussi intenses.

5° Le bois qui résulte de la transformation successive des couches les plus intérieures de l'aubier.

6° L'étui médullaire, très-dense, d'autant moins développé relativement que le végétal est plus âgé.

7° La moelle, tissu spongieux qui envoie vers la couche corticale, avec laquelle elle communique par ce moyen, des *tractus* en forme de rayons.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des différences sous le rapport de la mobilité et de la solidité des os du crâne aux diverses époques de la vie.

La mobilité et la solidité des os du crâne varient selon les périodes de l'existence. Chez l'enfant qui vient de naître, ils sont encore réunis par des prolongements membraneux remarquables entre les deux pariétaux, le pariétal et le coronal, le pariétal et l'occipital, et surtout aux angles antérieur-supérieur, supérieur-postérieur des pariétaux, où ils forment deux fontanelles. Plus tard, toutes ces parties membraneuses passent à l'état osseux, et les arti-

culations finissent même par se souder complétement chez le vieillard.

Aussi, chez l'enfant, la tête peut se rapetisser par la compression et s'accommoder à la grandeur des diamètres des organes génitaux pendant le travail de la parturition; aussi, chez lui, les fractures des os crâniens sont fort rares, en raison de la mobilité et de l'élasticité de ces parties.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des complications et des signes de la fracture de la rotule.

La fracture de la rotule présente des symptômes différents, selon qu'elle est transversale, longitudinale ou comminutive.

Dans la fracture transversale, le blessé, relevé après sa chute, ne peut marcher, si ce n'est à reculons et en traînant le membre dont la rotule est rupturée; il ne peut en aucune façon étendre la jambe de ce côté; on constate un écartement plus ou moins considérable des deux fragments. Cet écartement augmente par la flexion de la jambe sur la cuisse; si, au contraire, on fléchit la cuisse sur le bassin, et si l'on étend la jambe sur la cuisse,

l'écartement diminue; on peut alors, en repoussant les fragments l'un vers l'autre et en leur faisant exécuter des mouvements de latéralité, obtenir de la crépitation. L'engorgement inflammatoire masque quelquefois ces symptômes; mais la déformation du genou et les antécédents mettent sur la voie.

Dans la fracture longitudinale, l'écartement n'est pas toujours nul, ainsi que l'a fait remarquer Boyer après Lamotte, qui avait observé que cet écartement augmentait par la flexion de la jambe sur la cuisse.

Dans la fracture comminutive, l'écartement augmente par les mêmes circonstances que dans les cas précédents; de plus, on sent une quantité plus ou moins considérable de fragments isolés et mobiles.

Les complications les plus ordinaires sont : une plaie des téguments du genou, et l'inflammation de l'articulation.

SCIENCES MÉDICALES.

Faire connaître les formes sous lesquelles les syphilides se présentent chez les enfants nouveau-nés; exposer leurs divers modes de traitement.

Les syphilides que l'on rencontre le plus fréquemment chez les enfants nouveau-nés, sont des taches ou des pustules ordinairement humides.

Ces syphilides se trouvent aux diverses ouvertures naturelles : anus, bouche, parties génitales; ou bien elles sont répandues sur toute la surface de la peau.

Le traitement mercuriel peut ici être administré de deux manières :

La première consiste à faire prendre à la mère, ou à la femme qui nourrit, la préparation antisyphilitique, dont le lait devient alors le véhicule pour l'enfant;

La seconde comprend les lotions et les bains de deuto-chlorure de mercure à petite dose.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Messieurs :	
CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, *Suppl.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS, Président.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médic.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Exam.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique gén.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
.....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Messieurs :	Messieurs :
VIGUIER.	JAUMES.
BERTIN.	POUJOL, *Examinateur.*
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE, *Sup.*
DELMAS fils.	FRANC, *Ex.*
VAILHÉ.	JALLAGUIER.
BROUSSONNET fils.	BORIES.
TOUCHY.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

N° 21.

20.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Thèse inaugurale

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 29 Février 1840;

PAR

Victor Dardier,

de Mazamet (Tarn);

Chirurgien externe de l'hôpital St-Éloi, ex-élève de l'École pratique d'anatomie et d'opérations, membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Montpellier, etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Let affections morbides offrent, pendant leur durée, des caractères, des modes pathologiques divers, dont l'importance se juge principalement par l'ordre de leur développement et par leur subordination.

Batigne, *Médecine-pratique.*

MONTPELLIER,

Imprimerie de Mme Ve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.

1840.